

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DECOMPENSASI
CORDIS DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT DR. MOEWARDI**

NASKAH PUBLIKASI



**Disusun oleh :
Rahadyan Kusuma
J 230 113 040**

**PROGRAM PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2012

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DECOMPENSASI
CORDIS DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT DR. MOEWARDI**

Disusun oleh:

RAHADYAN KUSUMA
J 230 113 040

Telah dipertahankan di depan Dewan penguji pada tanggal 9 November 2012
Dan Dinyatakan Telah Lulus Syarat

Susunan Dewan Penguji:

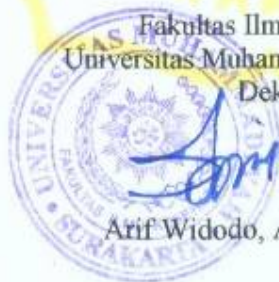
Ketua : Winarsih Nur Ambarwati, S.Kep, Ns, ETN, M.Kep (.....)

Sekretaris : Mulyo Budiono, S.Kep., Nes (.....)

Anggota : Arif Widodo, A. Kep., M.Kes (.....)

Surakarta, 9 November 2012

Fakultas Ilmu kesehatan
Universitas Muhammdiyah Surakarta
Dekan,



Arif Widodo, A.Kep., M.Kes

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Bismillahirrahmanirrahim

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : RAHADYAN KUSUMA
NIM : J 230 113 040
Fakultas/ Jurusan : Ilmu Kesehatan / Program Profesi Ners
Jenis penelitian : Karya Tulis Ilmiah
Judul : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN
DECOMPENSASI CORDIS DI INSTALASI GAWAT
DARURAT RUMAH SAKIT DR. MOEWARDI**

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk:

1. Memberikan hak bebas royalti kepada perpustakaan UMS atas penulisan karya ilmiah saya, demi mengembangkan ilmu pengetahuan
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/ pengalih formatkan.
3. Mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), mendistribusikannya serta menampilkannya dalam bentuk softcopy untuk kepentingan akademis kepada perpustakaan UMS, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta
4. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak perpustakaan UMS, dari segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surakarta, November 2012

Yang menyatakan,

RAHADYAN KUSUMA

NASKAH PUBLIKASI**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DECOMPENSASI
CORDIS DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT DR. MOEWARDI**

Rahadyan Kusuma*, Winarsih Nur Ambarwati**, Mulyo Budiono**

ABSTRAK

Prevalensi penyakit jantung di Indonesia dari tahun ke tahun terus meningkat. Angka Kejadian Penyakit jantung di RSUD Dr. Moewardi selama 3 bulan terakhir Januari-Maret 2012 berjumlah 20 pasien. Untuk mengurangi angka kematian terutama pada pasien Decompensasi Cordis di perlukan perawatan yang optimal dan mengacu pada fokus permasalahan yang tepat. Tujuan penelitian ini adalah penulis ingin mengetahui bagaimanakah asuhan keperawatan Ny. S dengan decompensasi cordis di instalasi gawat darurat RSUD Dr. Moewardi. metode penelitian ini adalah deskriptif. data penelitian diperoleh dengan cara wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi terhadap pasien. data kemudian dianalisis dan diinterpretasikan dalam laporan tertulis. Hasil penelitian adalah Decompensasi Cordis merupakan satu kasus kegawatan, apabila tidak segera di tangani dapat menimbulkan kematian, di dapatkan dua diagnose yaitu Penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard, cemas berhubungan dengan krisis situasional.

Kata kunci : Decompensasi cordis, sesak nafas, Edema

NURSING CARE TO TN. S WITH DECOMPOSITION CORDIS AT EMERGENCY INTALATION, DR. MOEWARDI HOSPITAL

ABSTRACT

The prevalence of heart disease in Indonesia from year to year increase. Incidence rate of heart disease in Dr. Moewardi hospital for 3 months since January-maret 2012, there were 26 patients. To reduce mortality, especially of patients was needs of decomposition cordis optimal care and refer to tappropriate focus of the problem. The objective aimed to know

Nursing Care to Ny. S with decomposition cordis at emergency intalation, dr. moewardi hospital. This research method is descriptive. Data were obtained by interview, physical checking and observation of patient. Data was analyzed and interpreted in a written report. The results are Decompensasi Cordis is the gravity of the case, if not handled immediately can lead to death, in getting the two diagnoses are associated with a decrease in cardiac output decreased myocardial contractility, anxiety related to situational crisis

Keywords: Decompensasi cordis, shortness of breath, edema

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Jantung merupakan organ yang berfungsi dalam sistem sirkulasi darah, pekerjaan jantung adalah memompa darah keseluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan metabolisme pada setiap saat baik istirahat, bekerja maupun menghadapi beban. Hal ini dilakukan dengan baik bila kemampuan otot jantung untuk memompa baik, sistem katub serta pemompaan baik. Bila ditemukan ketidaknormalan pada salah satu di atas maka mempengaruhi efisiensi pemompaan dan kemungkinan dapat menyebabkan kegagalan memompa (Hudak & Gallo, 2002).

Menurut Barita (2003), prevalensi penyakit jantung di Indonesia dari tahun ketahun terus meningkat berdasarkan data RS Jantung Harapan Kita, peningkatan kasus di mulai pada tahun 1997 dengan 248 kasus, kemudian melaju dengan

pesat hingga mencapai puncak tahun 2000 dengan 532 kasus. Kematian akibat penyakit jantung tahun 2000 hanya 4,3% jumlah yang lebih kecil dibandingkan dengan insiden pada tahun 1999 sejumlah 12,2%.

Angka Kejadian Penyakit jantung di RSUD DR. Moewardi pada periode Januari-Maret 2012 berjumlah 20 pasien yang di ambil dari data register ruang IGD. Pentingnya tindakan yang segera dilakukan oleh petugas kesehatan di IGD RSUD Dr. Moewardi pada pasien decompensasi cordis adalah terjadinya peningkatan sistem saraf simpatis yang mempengaruhi arteri vena jantung. Akibatnya meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan peningkatan kontraksi. Tonus simpatis membantu mempertahankan tekanan darah normal. Akibat yang paling buruk adalah kematian.

Tujuan umum dari karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui

bagaimana asuhan keperawatan pada klien dengan Decompensasi cordis di Instalasi Gawat Darurat Rumah sakit Dr. Moewardi

LANDASAN TEORI

Deompensasi cordis adalah suatu keadaan patofisiologis adanya kelainan fungsi jantung mengalami kegagalan dalam memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (kekurangan fungsi oksigen) dan saat istirahat atau latihan (Black&Hawks, 2005). Deompensasi cordis adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan kemampuan fungsi kontraktilitas yang berakibat pada penurunan fungsi pompa jantung (Prince, 2006).

Etiologi

Mekanisme fisiologis yang menyebabkan timbulnya dekompensasi kordis adalah keadaan-keadaan yang meningkatkan beban awal, beban akhir atau yang menurunkan kontraktilitas miokardium. Keadaan yang meningkatkan beban awal seperti regurgitasi aorta, dan cacat septum ventrikel. Beban akhir meningkat pada keadaan dimana terjadi stenosis aorta atau hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada infark miokard atau kardiomyopati. Faktor lain yang dapat menyebabkan jantung gagal sebagai pompa adalah gangguan pengisian ventrikel (stenosis katup atrioventrikuler), gangguan pada pengisian dan ejeksi ventrikel (perikarditis konstriktif dan temponade jantung). Dari seluruh penyebab tersebut diduga yang paling mungkin terjadi adalah pada setiap kondisi tersebut mengakibatkan pada gangguan penghantaran kalsium di dalam sarkomer, atau di dalam sistesis

atau fungsi protein kontraktile (Prince, Sylvia A, 2005).

Patofisiologi

Menurut Smeltzer (2002), pada gagal jantung kiri Manifestasi klinis yang terjadi meliputi dispneu, ortopneu batuk, mudah lelah, takikardia, bunyi jantung S3, kecemasan dan kegelisahan. Bila ventrikel kanan gagal, yang menonjol adalah kongesti visera dan jaringan perifer. Hal ini terjadi karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasi semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena. Gagal jantung kanan Manifestasi klinis yang terjadi meliputi edema, pitting edema, penambahan berat badan, hepatomegali, anoreksia, nokturia, dan lemah.

Komplikasi dari gagal jantung

Komplikasi dari gagal jantung Syok kardiogenik yang ditandai oleh gangguan fungsi ventrikel kiri yang mengakibatkan gangguan fungsi ventrikel kiri yaitu mengakibatkan gangguan berat pada perfusi jaringan dan penghantaran oksigen ke jaringan; Edema paru terjadi dengan cara yang sama seperti edema dimana saja didalam tubuh (Udjanti, 2010). Terjadi trombosis vena dalam, karena pembentukan bekuan vena karena stasis darah. Selain itu juga dapat terjadi Toksisitas digitalis akibat pemakaian obat-obatan digitalis (Hudak, Gallo, 2002).

METODE PENULISAN

Pendekatan

1. Studi kasus

Yaitu melalui aplikasi langsung dalam memberikan asuhan

keperawatan pada kasus decompensasi cordis meliputi; pengkajian, perencanaan, diagnosa, implementasi dan evaluasi.

2. Studi Kepustakaan

Yaitu studi berdasarkan dokumentasi Rekam Medis, dokumentasi keperawatan, Buku-buku terkait dengan Penyakit jantung serta jurnal-jurnal yang terkait dengan Gagal Jantung.

Langkah-langkah

Pengambilan data di dapatkan pertama kali di IGD dengan melakukan pengkajian melalui anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang EKG. Pengambilan data selanjutnya dilakukan di bangsal Aster V antara lain data laboratorium yang di dapatkan pada status pasien.

Teknik Pengambilan Data

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, metode penulisan yang penulis gunakan adalah metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya menggambarkan secara objektif dimulai dari pengumpulan sampai evaluasi dan selanjutnya menyajikan dalam bentuk narasi.

Analisis Data

Analisa data merupakan proses kegiatan menyeleksi, mengelompokkan data, menginterpretasi data, membuat diagnosa, membuat perencanaan, melakukan implementasi, evaluasi

HASIL

Data Profil Objek

Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.Moewardi merupakan instalasi yang memberikan pelayanan 24 jam yang menangani klien baik

emergency maupun *non emergency*. Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.Moewardi terdiri dari ruang pendaftaran, Triage, Resusitasi, Rongten, VK, Isolasi, dan ruang Observasi klien. Ruang observasi memiliki 10 bed diantaranya 5 bed untuk bedah minor, 2 bed untuk anak, 3 bed untuk klien non bedah. Klien bernama Ny. S umur 51 tahun, agama islam, status menikah, pendidikan D3, pekerjaan PNS. Alamat : Pondok Grogol RT 01 RW 03 Surakarta, Masuk tanggal 25 Agustus 2012, nomor CM: 898703

Gambaran Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Sabtu tanggal 25 Agustus 2012 jam 14.30 WIB. Pengambilan data dilakukan melalui wawancara ke klien, keluarga, observasi dan pemeriksaan fisik ke klien dan dari catatan keperawatan maupun catatan medis klien.

a. Biodata

Klien bernama Ny. S umur 51 tahun, agama islam, status menikah, pendidikan D3, pekerjaan PNS. Alamat : Pondok Grogol RT 01 RW 03 Surakarta, Masuk tanggal 25 Agustus 2012, nomor CM: 898703

b. Riwayat Penyakit

Keluhan Utama pada klien yaitu klien mengeluh sesak nafas dada terasa ampeg dan kedua kaki terasa kemeng, pada ekstremitas bawah terdapat edema, Klien mengeluh dada terasa ampeg sejak 1 minggu yang lalu, bila klien beraktifitas berjalan sedikit klien merasa lemes, Klien sempat berobat ke dokter praktek 1x namun kondisinya belum kunjung sembuh sehingga klien merasa khawatir akan kondisi kesehatannya. Klien tidak memiliki

riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi, DM, Asma dan Alergi. Keluarga mengatakan tidak ada penyakit yang sama dialami oleh keluarga

c. Pengkajian Primer

Pengkajian primer pada Airway antarlain : Jalan nafas klien paten, tidak ada sumbatan/penumpukan secret di jalan nafas, bunyi nafas bersih, tidak ada bunyi nafas tambahan. Untuk pengkajian pada Breathing yaitu : Pola nafas klien cepat dan dangkal, Respiratori rate: 32x/menit, iramanya reguler, Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, ada suara nafas ronchi di paru kanan sedangkan bunyi paru kiri vesikuler.

Untuk pengkajian pada Circulation antarlain: Nadi perifer teraba lemah, nadi karotis teraba kuat, Capilairrefil > 2 detik, akral dingin, tidak ada sianosis, Tekanan darah klien: 120/80 mmHg dan nadi: 88 x/menit, Suhu klien 36,5 °C. Sedangkan untuk pengkajian pada Disability antara lain : Status mental klien baik, klien tidak gelisah, klien mampu diajak berkomunikasi. Tingkat kesadaran klien composmentis, GCS : 15 (E: 4, M: 6, V: 5). Sedangkan pada pengkajian Exposure antara lain : terdapat Edema pada ekstremitas bawah, turgor kulit baik

d. Pengkajian Skunder

Klien dan keluarga menyangkal adanya Alergi makanan maupun obat-obatan. Dalam satu minggu yang lalu klien berobat ke dokter dan di berikan obat diuretic, makanan yang dimakan klien terakhir adalah nasi sayur dan minum teh manis, Klien tinggal di

lingkungan pedesaan, klien bekerja sebagai PNS.

e. Pemeriksaan Fisik

Kepala : bentuk mesocephal, Warna rambut hitam sedikit beruban, kulit kepala bersih, distribusi merata. tidak terdapat lesi/jejas pada kepala. Mata: konjungtiva tidak anemis, sklera putih, tidak ikterik reflek cahaya positif, pupil isokor. Telinga: telinga bersih, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik. Hidung: hidung bersih, tidak ada sumbatan/penumpukan secret, terpasang kanul oksigen 4 lt/mnt.

Mulut: mulut bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada sianosis. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada nyeri telan, tidak ada pembesaran JVP. Dada: Inspeksi: pergerakan dada simetris kanan dan kiri, bentuk dada normal, Palpasi: fokal fremitus kanan dan kiri sama, Perkusi: suara sonor, auskultasi: suara ronchi pada paru kanan. Jantung: Inspeksi: ictus kordis tampak Palpasi: Ictus cordis teraba mid clavikula intercosta 4-5, Perkusi: suara pekak,

Auskultasi: Auskultasi suara jantung I & II regular, terdengar bising jantung sistolik. Abdomen: Inspeksi: tidak ada lesi/jejas, Auskultasi: peristaltik usus 16x/menit, Perkusi: suara tympani, Palpasi: tidak ada nyeri tekan. Muskuloskeletal: ekstremitas atas dan bawah dapat bergerak bebas kekuatan otot normal. Ekstremitas : Eks kanan atas: bisa bergerak bebas

Eks kanan bawah: bisa bergerak bebas, terdapat edema, Eks kiri atas: terpasang Infus D5 15 tpm, aliran infus lancar, Eks kiri bawah : bisa bergerak bebas, terdapat

edema, Kulit: tidak ada sianosis, turgor kulit baik, terdapat edema di kedua kaki pada ekstermitas bawah, suhu akral teraba dingin

f. Terapi

Tanggal 25-08-2012 (IGD), Oksigen kanul 4 lt/menit, Infus D5 15 tpm, Injeksi Ranitidin 2 x 20 mg, Injeksi Furosemid 3x20 mg. Tanggal 26-08-2012 (bangsal Aster5), Oksigen kanul 3 lt/menit, Ciprofluoxacin 2 x 200 mg, Furosemid 3 x 20 mg.

g. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan EKG pada tanggal 25-08-2012 :

Irama: Sinus Takikardi, HR: 128 x/menit, Gel. P: positif < 3 kotak kecil, Gel. R: melebar di V5 dan V6 > 27 kotak kecil, Gel QRS: lebar 2-3 kotak kecil, Gel PR : lebar 3-5 kotak kecil

2) Foto Thorax : Kesan Kardiomegali

3) Pemeriksaan Laboratorium

2. Data Fokus

a. Data Subyektif :

Klien mengeluh sesak nafas dada terasa ampeg dan kedua kaki terasa kemeng, klien mengeluh dada terasa ampeg sejak 1 minggu yang lalu, klien mengatakan saat beraktifitas saat berjalan merasa lemes, klien takut karena penyakitnya tidak kunjung sembuh, keluarga banyak bertanya akan kondisi kesehatan klien.

b. Data Obyektif :

Dari pengkajian data objektif didapatkan, RR : 32 x/menit irama reguler, TD : 120/80 mmHg, HR : 88 x/menit, Suhu klien 36,5 °C. Klien terpasang kanul O2 3 lt/mnt, suhu akral teraba dingin Nadi, Nadi teraba

lemah dan cepat, pada ekstremitas bawah terdapat edema, capilarefil kembali > 2 detik, tidak ada sianosis Auskultasi bunyi jantung terdapat bunyi Bising Sistolik, hasil pemeriksaan EKG: irama sinus takikardia, hasil pemeriksaan foto thorak kesan kardiomegali

3. Analisa Data

Hasil analisa data pada hari Selasa, 25-08-2012 didapatkan data antara lain dari data subyektif yaitu Klien mengatakan merasa lemes saat beraktifitas/ berjalan, klien mengatakan kedua kaki terasa kemeng. Dan dari data objektif yaitu HR : 88x/menit, RR : 32 x/menit, Nadi teraba lemah dan cepat, pada ekstremitas bawah terdapat edema, capilarefil kembali > 2 detik, hasil pemeriksaan EKG: irama sinus takikardi, hasil pemeriksaan foto thorak kesan kardiomegali. Dari data tersebut muncul masalah Penurunan cardiac out put berhubungan dengan Penurunan kontraktilitas miocard.

Data selanjutnya antara lain dari data subjektif klien takut karena penyakitnya tidak kunjung sembuh, Keluarga klien mengatakan bertanya tentang kondisi kesehatan klien sekarang. Dan dari data objektif yaitu TD : 120/80 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 32 x/menit. Dari data tersebut muncul masalah cemas berhubungan dengan penurunan status kesehatan krisis situasional.

4. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data didapatkan Dua diagnose keperawatan antara lain :

Penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard, cemas berhubungan dengan penurunan status kesehatan krisis situasional.

5. Intervensi

Pada diagnosa penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard, tujuannya adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan terjadi peningkatan curah jantung dengan kriteria hasil : TD 130/80-140/90 mmHg, HR 60-100 x/mnt, Nadi teraba kuat. Dengan intervensi: Cardiac Care: Observasi Vital sign, Istirahatkan klien untuk menghindari kelelahan, Anjurkan klien untuk menghindari stress, Kolaborasi pemberian Oksigen kanul 3 lt/menit, Kolaborasi pemberian obat diuretik, vasodilator. Vital sign Monitoring: Monitor TD, Nadi, RR, Auskultasi bunyi jantung, Monitor sianosis perifer.

Pada diagnosa cemas berhubungan dengan penurunan status kesehatan krisis situasional tujuannya adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit cemas berkurang dengan kriteria hasil: klien dapat menunjukkan cara mengontrol cemas, tanda Vital normal, TD 120-140 mmHg, N 60-100 x/menit, RR 18-24 x/menit. Dengan intervensi : anxiety reduction: gunakan pendekatan yang menyenangkan, identifikasi penyebab cemas, temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut, anjurkan keluarga untuk mendampingi klien, Berikan informasi aktual

mengenai kondisi, diagnosis klien, identifikasi tingkat kecemasan, anjurkan klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

6. Implementasi

Pada diagnosa penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard implementasi yang dilakukan antara lain : Mengobservasi TTV, mengauskultasi suara jantung, mengobservasi adanya sianosis, memposisikan klien posisi fowler, memberikan Oksigen kanul 3 lt/menit, menganjurkan klien untuk beristirahat, menganjurkan klien untuk menghindari Stress, memberikan Obat diuretik : Furosemid 20 mg via IV, memberikan Ranitidin 20 mg via IV

Pada diagnosa cemas berhubungan dengan penurunan status kesehatan krisis situasional. Mengidentifikasi penyebab cemas implementasi yang dilakukan antara lain : Mengidentifikasi penyebab cemas, menganjurkan keluarga untuk mendampingi klien, menganjurkan klien untuk menghindari Stress dengan berfikir yang positif, memberikan informasi actual mengenai kondisi, diagnosis klien, menganjurkan klien melakukan relaksasi nafas dalam.

7. Evaluasi

Hasil evaluasi pada diagnosa penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard antara lain : Subyektif : klien mengatakan sesak nafas berkurang, namun masih lemas, Obyektif : TD :

120/80 mmHg, N : 88 x/menit RR : 32 x/menit, JVP meningkat, Analisa: masalah penurunan kardiak output teratasi sebagian, Planning: Monitor TTV, Anjurkan pasien untuk beristirahat, Lanjutkan pemberian injeksi Furosemid 3x 20 mg.

Hasil evaluasi pada diagnosa cemas berhubungan dengan penurunan status kesehatan krisis situasional Mengidentifikasi penyebab cemas antara lain : Subyektif : klien mengatakan sudah mengerti tentang kondisinya, Obyektif: klien tampak tenang, klien dapat mengontrol cemas, TD : 120/80 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 32 x/menit, Analisa : Masalah cemas teratasi, Planning: Hentikan intervensi.

PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Pada tahap ini telah ditemukan adanya kesamaan yaitu dalam tinjauan pustaka disebutkan bahwa tanda gejala terjadinya decompensasi cordis adalah sesak nafas, edema pada ekstrimitas, mudah lelah saat aktivitas, dan takikardi. Kenyataannya berdasarkan hasil pemeriksaan fisik pada kedua kakinya terasa kemeng dan terdapat edema, mudah lelah saat beraktivitas, dan takikardi yaitu HR: 88 x/menit. Namun terdapat kesenjangan antara lain klien tidak terdapat tanda peningkatan berat badan, pembesaran hepar.

Terdapat kesenjangan antara teori dengan yang ditemui dilapangan antara lain klien tidak terdapat tanda peningkatan berat

badan, pembesaran hepar, anoreksia. Peningkatan berat badan terjadi akibat peningkatan timbunan cairan, namun pada klien timbunan cairan/edema belum terlalu menyebar hanya terdapat di ekstremitas bawah yaitu di kedua kaki klien. Anoreksia terjadi karena adanya pembesaran hepar yang mendesak lambung sehingga mempengaruhi kinerja lambung yang mengakibatkan mual.

2. Diagnosa Masalah keperawatan

Pada tinjauan pustaka disebutkan bahwa masalah yang mungkin timbul pada kasus Decompensasi Cordis adalah :

a. *Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan adanya perpindahan cairan kedalam alveoli sekunder Oedem paru*, hal ini terjadi karena adanya peningkatan tekanan pada vena pulmonalis yang mengakibatkan peningkatan terhadap tekanan kapiler paru sehingga terjadi edema paru. Pada kasus ini diagnosa tersebut tidak penulis angkat karena tidak adanya data pendukung yang menyatakan edema paru, berdasarkan pemeriksaan foto thorax tidak terdapat edema pada paru klien.

b. *Penurunan Cardiac Output berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard*. Hal ini terjadi karena ketidakmampuan jantung untuk memompa darah keseluruh tubuh sehingga mengakibatkan sesak nafas, mudah lelah serta terjadi edema di kedua kaki.

Pada kasus ini diagnosa tersebut penulis angkat karena sesuai antara teori dengan kejadian di lapangan pada pemeriksaan fisik klien didapatkan N : 88 x/mnt, nadi peifer teraba lemah, suhu akral teraba dingin, adanya edema pada ekstremitas bawah pada kedua kaki.

- c. Kelebihan volume cairan *berhubungan dengan* kelebihan intake dan retensi cairan. Edema merupakan salah satu efek penurunan cardiac output yaitu akibat penurunan aliran darah ke ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus yang akan menimbulkan retensi sodium dan cairan. Diagnosa ini tidak penulis angkat karena tidak adanya data yang mendukung seperti peningkatan berat badan dan penurunan balance cairan.
- d. Cemas *berhubungan dengan* penurunan status kesehatan krisis situasional. Kecemasan berdampak buruk pada kondisi kesehatan pada klien Decompensasi Cordis. Pada kasus ini diagnosa tersebut penulis angkat karena klien menunjukkan tanda kecemasan takut serta mengkhawatirkan tentang kondisi kesehatannya.

3. Intervensi

Pada tahap ini tidak ditemukan adanya kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Menurut Black and Hawks (2005), penatalaksanaan Decompensasi Cordis yaitu observasi tanda vital klien,

pembatasan penggunaan garam dan terapi diuretic untuk menambah ekskresi ginjal sehingga sirkulasi darah berkurang, penurunan stress fisik dan emosi (untuk memperbaiki daya pompa ventrikel dan menurunkan beban kerja jantung), posisi semi fowler untuk support pernafasan, pemberian oksigen (40-70% liter/menit) dengan kanu atau masker untuk mengurangi hipoksia. Dalam kasus ini untuk mengatasi penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard intervensi yang dilakukan meliputi observasi tanda vital klien meliputi tekanan darah, HR, Nadi, Saturasi oksigen, posisikan semi fowler, berikan oksigen 3 lt/mnt, berikan terapi diuretic untuk menambah ekskresi ginjal sehingga sirkulasi darah berkurang. Diagnose cemas berhubungan dengan krisis situasional intervensi yang dilakukan meliputi motivasi klien untuk menghindari stress, prognosis dan penyakit serta jelaskan kepada klien semua prosedur dan tindakan yang akan dilakukan.

4. Implementasi

Pada tahap ini tidak ditemukan adanya kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Penatalaksanaan sesuai dengan Black and Hawks (2005), untuk mengatasi penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard intervensi yang dilakukan meliputi observasi tanda vital klien meliputi tekanan darah, HR, nadi, Saturasi Oksigen,

posisikan semi fowler, berikan kanul oksigen 3 lt/mnt, berikan terapi diuretic untuk menambah eksresi ginjal sehingga sirkulasi darah berkurang, hal ini untuk mengurangi preload. Untuk diagnose cemas berhubungan dengan penurunan status kesehatan krisis situasional intervensi yang dilakukan meliputi Mengidentifikasi penyebab cemas, menganjurkan keluarga untuk mendampingi klien, menganjurkan klien untuk menghindari Stress dengan berfikir yang positif, memberikan informasi actual mengenai kondisi diagnosis klien, menganjurkan klien melakukan relaksasi nafas dalam, hal ini bertujuan untuk menghilangkan stress pada klien.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir poses keperawatan yang dapat digunakan sebagai alat ukur keberhasilan suatu keperawatan yang di buat. Pada tahap ini ditemukan adanya kesenjangan dimana pada tinjauan pustaka evaluasi tidak ditulis berdasarkan SOAP, sedang pada tinjauan kasus ditulis menggunakan SOAP. Pada diagnose Penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard antara lain; Subjektif : Klien mengatakan sesak nafas berkurang, namun masih lemas; Objektif : Keadaan umum baik, kesadaran Composmentis, TTV : TD : 120/80 mmHg, N : 88 x/menit RR : 32 x/menit, S : 36,5 ° C, terdapat edema di kedua kaki pada ekspremitas bawah, nadi perifer teraba kuat, suhu akral teraba

dingin, capilarirefil > 2 detik; Analisa ; Masalah penurunan cardiac output teratasi sebagian; Planing : Intervensi dilanjutkan, Monitor TTV, Anjurkan pasien untuk beristirahat, Lanjutkan pemberian injeksi Furosemid 3x 20 mg via IV. Hasil evaluasi pada diagnosa cemas berhubungan dengan penurunan status kesehatan krisis situasional antara lain; Subjektif : Klien mengatakan sudah mengerti tentang kondisinya, klien mengatakan sudah tenang dan rileks; Objektif; Klien tampak tenang, klien dapat mengontrol cemas, TD : 120/80 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 32 x/menit; Analisa : Masalah cemas teratasi, Klien dapat mengontrol rasa cemas, klien mengerti kondisi keadaanya sekarang, Klien tidak khawatir lagi; Planing : Hentikan intervensi.

SIMPULAN

1. Pengkajian

Pengkajian terpenting dari Decompensasi Cordis adalah melakukan anamnesa serta pemeriksaan fisik untuk menentukan penyebab terjadinya Decompensasi Cordis. Decompensasi Cordis merupakan satu kasus kegawatan, apabila tidak segera di tangani dapat menimbulkan kematian.

2. Analisa Data

Pada tahap analisa data dalam kasus nyata penulis menemukan dua diagnose keperawatan

3. Diagnose Keperawatan

Diagnose keperawatan yang dapat di angkat berdasarkan kasus meliputi Penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan

kontraktilitas miokard, cemas berhubungan dengan krisis situasional.

4. Intervensi
Pada tahap intervensi dalam kasus nyata ada beberapa langkah tindakan yang ditambahkan penulis selain yang terdapat dalam tinjauan pustaka sesuai dengan kondisi klien.
5. Implementasi
Asuhan keperawatan yang dapat dilakukan pada kasus Decompensasi Cordis antara lain adalah monitor vital sign, posisikan semi fowler, pembatasan aktifitas dan istirahatkan klien, anjurkan klien menghindari stress, kolaborasi obat diuretic/vasodilator.
6. Evaluasi
Evaluasi merupakan kunci keberhasilan dari proses keperawatan. Dengan evaluasi akan membantu perawat dalam memenuhi kebutuhan klien yang dapat berubah ubah setiap waktu.

SARAN

1. Bagi Rumah Sakit
Kepada pihak rumah sakit dan staf keperawatan dalam melaksanakan tindakan kegawat daruratan perlu dilakukan dengan cepat, pentingnya tindakan yang segera dilakukan oleh petugas kesehatan sehingga masalah keperawatan dapat teratasi secara maksimal.
2. Bagi Perawat
Diharapkan perawat melakukan pengkajian secara teliti sehingga dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara tepat khususnya pada klien Decompensasi cordis.

3. Bagi Klien Dan Keluarga
Di harapkan dapat menambah pengetahuan dan perawatan tentang Decompensasi cordis sehingga dapat menghindari resiko yang tidak di harapkan yaitu kematian.
4. Bagi Peneliti Lain
Diharapkan karya tulis imiah ini dapat menambah kasanah keilmuan serta dapat dijadikan sebagai refrensi untuk penelitian selanjutnya tentang klien dengan Decompensasi cordis.

DAFTAR PUSTAKA

- Barita, S, 2003. Buku ajar kardiologi edisi 3. Jakarta. Balai penerbit FKUI.
- Black, J and Hawks, J. 2005. *Medical-surgical nursing: clinical managemet for positive outmes*, Edisi 7 volume 1, Elsevier Saunders: Universitas Michigan
- Dickstein, K, Alain and Gerasimos et al. 2008. *ESC Guildlines for the diagnosis and treatment of acute and cronic hearth failure*. European Journal Of Heart Failure. <http://www.EuropeanHeartJournal.com/2011/>. Diakses tanggal 12 November 2012
- Doenges, Marilyn E. 2002. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Hudak, Gallo. 2002. *Keperawatan kritis*. Edisi IV Vol. 1. Jakarta. EGC
- Hunt SA et al, 2005. *Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult*. European

- Journal Of Heart Failure.
<http://www.European Heart Journal.com/2011/>. Diakses tanggal 12 November 2012
- HY Chan, KY Ngai, (2010) A patient with commotio cordis successfully resuscitated by bystander cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillator. Hong Kong Medical Journal Vol. 16 No 5# Octobe2010#www.hkmj.org diakses http://www.hkmj.org/article_pdf/fs/hkm1010p403.pdf
- Kenenth D. (2008). *ESC Guildlines for the diagnosis and treathment of acute and cronic heart failure*. Eropean Journal Of Heart Failure, 933-989
- Muttaqin, A. 2009. Asuhan keperawatan klien dengan gangguan kardiofaskuler. Jakarta : salemba medika
- Prince, Sylvia A, et al. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Jakarta: EGC
- Remme W.J and Swadberg (2001). *Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure*. European Society of Cardiology.
<http://www.idealibrary.com>.
Diakses tanggal 12 November 2012
- Santosa, Budi. 2007-2008. *Diagnosa keperawatan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta : EGC
- Smeltzer & Bare. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah jilid II*. Jakarta : EGC
- Udjianti, Wajan J. 2010. *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta : Salemba Medika.
- Wasyanto, 2005. Penyakit Degeneratif. Diakses tanggal 23 Oktober 2012.
<http://www.medika.com/2011/>